

介護保険縦覧点検（事業所編）

平成24年4月

岐阜県国民健康保険団体連合会

## 1. 縦覧点検とは

過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求における算定期間の確認やサービス間・事業所間の給付の整合性を確認して審査を行うものです。縦覧点検審査の結果、請求誤りと判断されたものについては、事業所等に通知し、過誤処理を行います。事業所等が請求誤り等のデータについて確認し、必要に応じて再請求を行うことで給付の適正化を図ることを目的としています。

### ▼縦覧点検にて確認を行う内容について

	内容
算定期間回数制限チェック	各加算等について、算定期間や回数を超えていないか等のチェック 短期入所の連続日数30日超のチェック
重複請求縦覧チェック	同一利用者に対して複数サービスを行った場合の受給可能日数のチェック 居宅療養管理指導等のサービス重複チェック
居宅介護支援請求におけるサービス実施状況チェック	居宅介護支援費の請求がある場合、サービス事業所の請求があるかどうかのチェック

### ▼縦覧点検処理年月（平成24年度）

年度	抽出時期	サービス提供開始	サービス提供終了	過誤調整
1回目	H24.5	H23.4	H23.9	H24.7
2回目	H24.11	H23.10	H24.3	H25.1

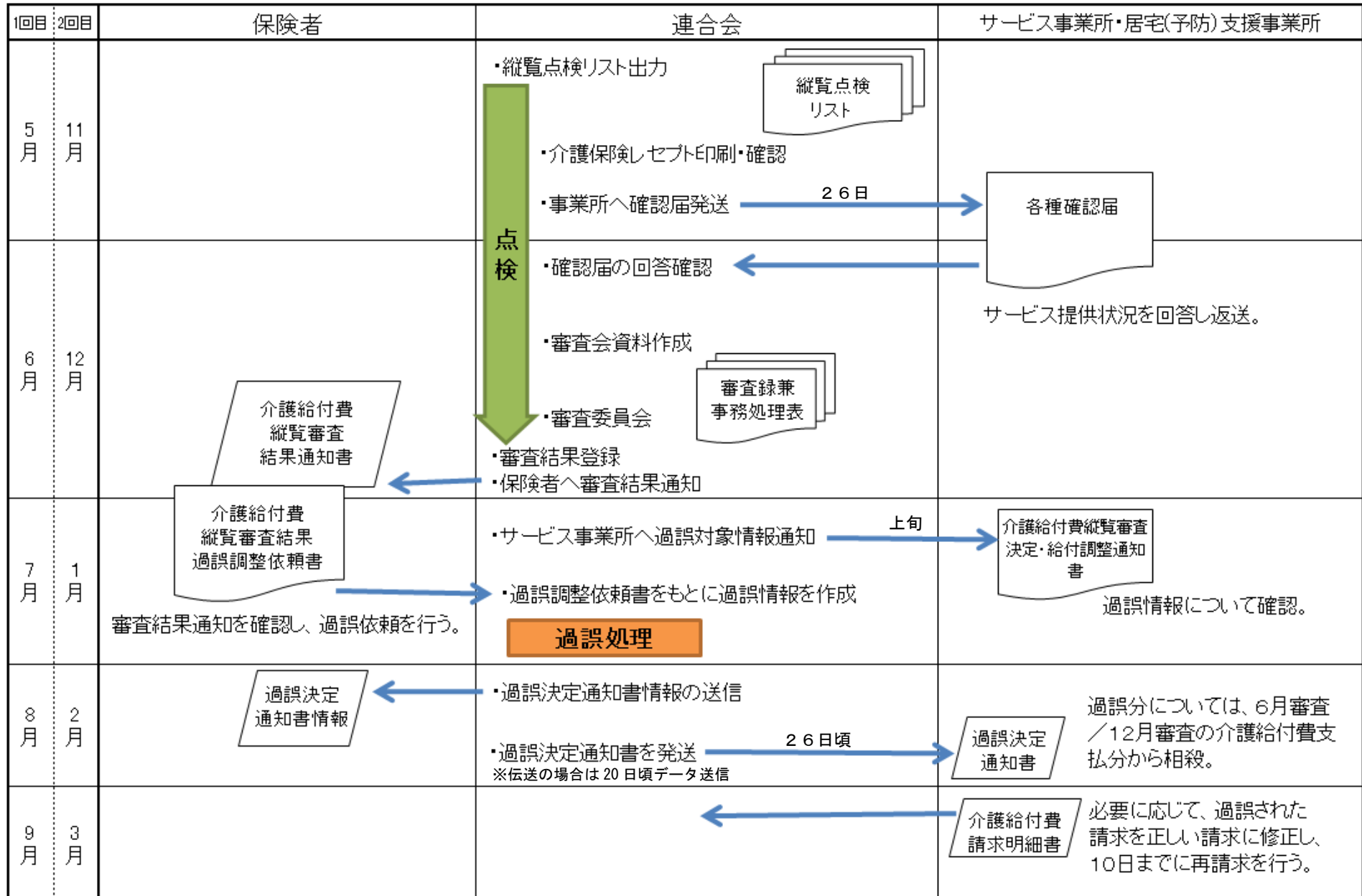
※毎年2回、前年の請求半年分に対して縦覧点検を行う

## 2. 介護保険縦覧点検の流れ

### 1 回目の場合

- (1) 連合会での縦覧審査で疑義があった場合、必要に応じて事業所へ確認届が郵送されます（5月26日頃）。
- (2) 各確認届に記載されている被保険者の方の介護保険給付費情報を確認し、必要事項を記入してください。
- (3) 記入した確認届を期日までに岐阜県国保連合会宛に返送してください。
- (4) 国保連合会は、返送された確認届を基に点検を行い、審査委員会にて請求誤りかどうか決定し（6月28日頃）、保険者へ縦覧審査結果を送付します。過誤と決定された事業所には、7月上旬に「介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書」を送付しますので、内容を確認し、不明な点がある場合は7月18日までに連合会へ問い合わせしてください。
- (5) 請求誤りと決定した給付については、7月審査で過誤処理を行います。
- (6) 過誤を行った給付については8月26日頃、事業所へ過誤決定通知書にてお知らせします。必要に応じて過誤された請求を正しい内容に修正して、9月に再請求を行います。

▼介護保険縦覧点検業務フロー図



3. 各種確認届（事業所宛）

介護保険縦覧点検において事業所へ介護給付状況等の確認届を送付します。各確認届は必ず期日までに連合会へ返送をお願いします。また、制度改正等により確認届は変更します。

(1) 介護給付費縦覧確認表参考兼サービス提供確認届

国保連合会 → 支援事業事業所(地域包括支援を含む) → 国保連合会

**介護給付費縦覧確認表参考兼サービス提供確認届**  
(平成24年5月縦覧審査分)

支援事業所番号	2100000000	支援事業所名	〇〇市地域包括支援センター
支援事業所 担当者名		連絡先 (電話番号)	

平成24年5月31日  
岐阜県国民健康保険団体連合会

※サービス提供事業所にサービス提供の有無を確認の上、その結果を「サービス提供確認届欄」(記入し、平成24年6月14日(木)までに本会へ返送して下さい。

居宅介護支援(予防)介護給付費明細情報					給付管理票情報				サービス提供確認届欄 (有・無のいずれかを ○で囲んで下さい。)
記 録 保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	サ ー ビ ス 提 供 月	サ ー ビ ス 名 称	サ ー ビ ス 種 類	サ ー ビ ス 事 業 所	サ ー ビ ス 事 業 所 名 称	計 画 単 位 数	
212000	0000000001	カイゴ知ウ	H23/02	介護予防支援	66	2110100000	〇〇クリニック	2,745	有・無
212000	0000000002	カイゴハナコ	H23/03	介護予防支援	65	2170000000	デイサービスセンター〇×苑	4,578	有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無

居宅介護（予防）支援事業所において、給付管理票と計画費の請求は提出されているが、サービス事業所からの請求がない場合に、確認届を送付します。給付管理票情報に記載されているサービス事業所が実際にサービスを提供していたかどうか確認し、有無に○を付けてください。

(2) 介護給付費縦覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届

国保連合会 → 支援事業事業所(地域包括支援を含む) → 国保連合会

介護給付費縦覧確認参考表兼居宅介護支援費初回・退院退所加算確認届

(平成24年5月縦覧審査分)

支援事業所番号	2110000000	支援事業所名	医療法人〇×会 △△病院
支援事業所 担当者名		連絡先 (電話番号)	

平成24年5月31日  
岐阜県国民健康保険団体連合会

居宅介護支援費に係る加算が算定されていますが、算定要件を確認のうえ「加算の確認届欄」「支援事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」項目に記入し、平成24年6月14日(木)までに本会へ返送して下さい。

居宅介護支援(予防)介護給付費明細情報						加算の確認届欄				
証記載 保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供月	サービス 種類	サービス名称	該当する作 成区分 (下記※1参 照)	退院(所)前 区分 (下記※2 参照)	退院(所)した病院又は 施設の名称	入院(所)日	退院(所)日
210000	0000000001	カイゴ知ウ	H23/01	43-6127	居宅支援退院退所加算Ⅱ					
210000	0000000002	カイゴハナコ	H22/10	43-6127	居宅支援退院退所加算Ⅱ					
210000	0000000003	カイゴサワロウ	H23/01	43-6126	居宅支援退院退所加算Ⅰ					
210000	0000000003	カイゴサワロウ	H23/03	43-6127	居宅支援退院退所加算Ⅱ					
210000	0000000004	カイゴシロウ	H23/01	43	居宅介護支援					
210000	0000000004	カイゴシロウ	H23/02	43-4001	居宅支援初回加算					

(※1)「作成区分」は「新規作成の場合」は①、「要支援者が要介護認定を受けた場合」は②、「要介護状態区分が2段階以上の変更の場合」は③、「請求誤りの場合」は④を記入してください。

(※2)退院(所)前の所在が「病院又は診療所」は①、「老人保健施設」は②、「老人福祉施設」は③を記入してください。

居宅介護(予防)支援事業所において、計画費の請求に初回加算または、退院・退所加算Ⅰ・Ⅱを付けていた場合に、確認届を送付します。初回加算または、退院・退所加算Ⅰ・Ⅱの算定理由を記入してください。請求誤りの場合は、④を記入してください。

※平成24年4月サービス提供分からは退院・退所加算Ⅰ・Ⅱが廃止されるため変更になります。(現時点ではレイアウト未定)

(3) 介護給付費縦覧確認表兼個別リハビリテーション実施加算確認届

介護給付費縦覧確認表兼個別リハビリテーション実施加算確認届  
(平成24年5月縦覧審査分)

個別リハビリテーション実施加算は、認定日または病院・施設等を退院(所)した日から起算して3か月を超えないと算定できません。

下記の情報について市町村の認定日を記入してください。病院・施設等の退院(所)があった場合は、退院(所)情報も記入してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせをすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

この確認届は、平成24年6月14日(木)までに返送して下さい。

事業所番号	2100000000	事業所名	〇〇病院
事業所担当者名		連絡先 (電話番号)	

個別リハビリテーション実施加算情報				個別リハビリテーション実施加算の確認欄			
証記載 保険者番号	被保険者番号	被保険者名	サービス 提供月	市町村が 認定した日	病院・施設等の退院(所)情報		
					入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日
212000	0000000001	コホ 知ウ	H22.10				
212000	0000000002	コホ ハナコ	H22.12				

個別リハビリテーション実施加算を算定した場合に、確認届を送付します。認定日(平成24年3月サービス提供分までは、市町村が認定した日)または認定日以降に入院(所)した場合、入退院(所)情報を記入してください。請求誤りであった場合は、「請求誤り」と市町村が認定した日の欄に記入してください。

※平成24年4月サービス提供分からは個別リハビリテーション実施加算の算定要件が変更になりますので、当該確認届も変更されます。(現時点ではレイアウト未定)

(4) 介護給付費縦覧確認表兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届

介護給付費縦覧確認表兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届

(平成24年5月縦覧審査分)

短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、同じ施設に入所した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、別の施設・医療機関等に入所(院)していた場合は、入院(所)情報に必要事項を記入してください。入所(院)等がない場合は、入院(所)先名称欄に「入院なし」と記入してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。この確認届は、平成24年6月14日(木)までに返送してください。

指定事業所番号	2150000000	事業所名	老人保健施設〇〇
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

確認対象情報						入所実績情報			入院(所)情報記入欄			
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	起算日摘要欄	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	入院が必要となった理由(病名)
210000	0000000003	コホ サワウ	H22.10	保健施設短期集中リハ加算	H22.9.1	H22.8	H22.8.2	H22.8.12				
210000	0000000004	コホ シロウ	H22.10	保健施設短期集中リハ加算	H22.10.20	H22.9	H21.3.12	H22.9.20				

短期集中リハビリテーション実施加算を算定し、3ヶ月以内に再入所があった場合等に、確認届を送付します。短期集中リハビリテーション実施加算を算定した起算日を確認し、入院(所)等があった場合は、入院(所)情報に必要事項を記入します。入院(所)がない場合は、



「入院なし」と記入してください。請求誤りであった場合は、「請求誤り」と記入してください。

(5) 介護給付費縦覧確認表兼認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認届

介護給付費縦覧確認表兼認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認届

(平成24年5月縦覧審査分)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、同加算を算定した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、別の施設・医療機関等に入所(院)していた場合は、入院(所)情報に必要事項を記入してください。入所(院)等がない場合は、入院(所)先名称欄に「入院なし」と記入してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。この確認届は、平成24年6月14日(木)までに返送してください。

指定事業所番号	2150000002	事業所名	介護老人保健施設〇〇
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

確認対象情報						入所実績情報			入院(所)情報記入欄			
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種別	起算日摘要欄	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	入院が必要となった理由(病名)
210000	0000000005	コホ コロウ	H22.10	保健施設認知症短期集中リ加算	H22.9.21	H22.10	H22.9.21	H22.10.12				
210000	0000000005	コホ コロウ	H22.11	保健施設認知症短期集中リ加算	H22.11.6	H22.10	H22.9.21	H22.10.12				

認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定し、3ヶ月以内に再入所があった場合等に、確認届を送付します。認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定した起算日を確認し、入院(所)等があった場合は、入院(所)情報に必要事項を記入します。入院(所)が

ない場合は、「入院なし」と記入してください。請求誤りであった場合は、「請求誤り」と記入してください。

(6) 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

### 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成 24 年 5 月縦覧審査分）

下記の被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」も記入してください。この確認届は、平成 24 年 6 月 14 日（木）までにご返送ください。

居宅介護支援事業所番号	2170109999	居宅介護支援事業所名	●●居宅介護支援事業所
事業所担当者名	連絡先（電話番号）		

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス事業所番号	サービス事業所名	サービス種類
212019	0000000012	カノ ケウ	H23.4	2170101111	〇〇訪問介護事業所	訪問介護

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前											
午後											
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前											
午後											
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前											
午後											

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を超えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

サービス実日数	日
---------	---

連合会での縦覧点検において、重複請求縦覧チェックで疑義があった場合、必要に応じて居宅介護支援事業所にサービス事業所の提供日確認届を送付します。該当利用者のサービスにおいて、提供日を次ページ以降①～③の記載例に従って記入します。

①介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届記載例（居宅サービス）

### 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成24年5月縦覧審査分）

下記の被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」も記入してください。この確認届は、平成24年6月14日（木）までにご返送ください。

居宅介護支援事業所番号	2170100001	居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター
事業所担当者名	国保 花子	連絡先（電話番号）	058-275-9825

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス事業所番号	サービス事業所名	サービス種類
212000	0000000001	かこ 知	H23.4	2170101111	〇〇ヘルパーステーション	訪問介護

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前											
午後										○	
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前		○		○		○		○		○	
午後											
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前		○		○		○					
午後											○

サービスを提供した時間帯に○をつけてください。

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入

サービスを提供した日数を記入してください。30日を超えた日は「自

サービス実日数	10日
---------	-----

②介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届記載例（福祉用具）

### 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成24年5月縦覧審査分）

下記の被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」も記入してください。この確認届は、平成24年6月14日（木）までにご返送ください。

居宅介護支援事業所番号	2170100001	居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター
事業所担当者名	国保 花子	連絡先（電話番号）	058-275-9825

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス事業所番号	サービス事業所名	サービス種類
212000	0000000001	加代 知子	H23.4	2170108888	△△福祉用具レンタル	福祉用具

※

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけてください。

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日に半月請求または一月請求であっても、実際に福祉用具を貸与した日数を記入してください。

サービス実日数	30日
---------	-----

③介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届記載例（短期入所）

### 介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届（平成24年5月縦覧審査分）

下記の被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先（電話番号）」も記入してください。この確認届は、平成24年6月14日（木）までにご返送ください。

居宅介護支援事業所番号	2170100001	居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター
事業所担当者名	国保 花子	連絡先（電話番号）	058-275-9825

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス事業所番号	サービス事業所名	サービス種類
212000	0000000001	かこ 知子	H23.4	2170107777	××ショートステイ	短期入所

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前	自費	○	○	○	○	○	○	○	○	退	
午後	自費	○	○	○	○	○	○	○	○		
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前											
午後											
	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
午前							○	○	○	○	○
午後						入	○	○	○	○	退

30日超えの自費算定日は「自費」と記入してください。

入所している時間帯に○をつけてください。入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。実際にサービス提供を行った日数を記入してください（自費算定日も含む）。

サービス実日数	16日
---------	-----

4. 介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書（事業所宛）

国保連合会 → 事業所等		<p>介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書 (平成24年5月縦覧審査分)</p>				平成24年 7月2日		
事業所番号	2110100000					管理番号:201201		
事業所名	〇〇リハビリセンター	様						
<p>今回、貴事業所等の介護給付費（介護給付明細書）を縦覧点検した結果下記のとおり算定不可の給付がありましたので通知します。</p>							<p>岐阜県国民健康保険団体連合会 岐阜県介護給付費審査委員会</p>	
記								
保険者名 証記載保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	介護給付費 明細書様式	保険給付額 (特定入所者介護 費等)	公費負担額	算定不可理由		備考
						縦覧記号	内容	
〇〇市 212000	0001234567 かゝり 〇〇	平成23年 4月	010 様式2	36,900		A11	短期集中リハビリテーション加算算定不可	
〇〇市 212000	0002345678 かゝり 〇〇	平成23年 6月	010 様式2	135,100		A11	短期集中リハビリテーション加算算定不可	
合計		件数	保険給付額	特定入所者介護費等	公費負担額			
		2	172,000	0	0			

連合会での縦覧点検審査で「過誤」に該当した場合、事業所へ介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書を送付し、過誤内容についてお知らせします。ここに記載されている情報が「過誤」されますので、不明点等がある場合は、毎月18日までに連合会で連絡してください。